

# CIRUGIA Y QUIRURJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XXII

2

FEBRERO

1954

Presidente:

DR. FRANCISCO FONSECA GARCIA

Director:

DR. RICARDO TAPIA ACURA







# INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

• La vitamina 'P'  
en su medio natural

## FLEBOCONSTRUCTOR

HEMORROIDES, VARICES,  
FLEBITIS, MANIFESTACIONES  
DE FRAGILIDAD CAPILAR

HECHO EN MEXICO POR.

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLLIÈRE, S. A.

SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REG. No. 31927 S.S.A.

PROP. No. A-741/50 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Con el propósito de prestar mejor servicio  
a la profesión médica en beneficio de la salud  
del paciente, a partir de hoy aumentamos a sus órdenes  
un nuevo servicio médico.

*Seguimos  
A sus órdenes!*

en

**Casa Mario Padilla S.A.**

en el  
corazón  
del centro  
médico

AV. CUAUHTÉMOC 342 (Esquina Pasteur) TEL: 13-07-77  
39-21-99

MOTOLINIA 18

TEL: 13-07-67

## Señor Doctor:

LA REVISTA MEDICA DE  
CIRUGIA Y CIRUJANOS  
ES LA DE MAS PRES-  
TIGIO EN EL PAIS.

*Suscribase a ella*

Apartado Postal 8701.  
MEXICO, D. F.

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1952-1954

Presidente:  
DR. FRANCISCO FONSECA  
GARCIA

Vice-Presidente:  
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO

Secretario Perpetuo:  
DR. JUAN MORA ORTIZ

Director Permanente de  
Publicaciones:

DR. RICARDO TAPIA  
ACUÑA

Secretario Bialal:  
DR. GUILLERMO ALAMILLA

Tesorero:  
DR. ENRIQUE FLORES  
ESPINOSA

## VOCALLES:

1o. Dr.—Guillermo Alamilla.

2o.—Dr. Ricardo Tapia Acuña.

3o.—Dr. Feliciano Palomino  
Dena.

4o.—Dr. Martín Maquívar.

5o.—Dr. José Antonio  
Guevara.

# "ALBADOX"

Frasco de 20 Grageas

Reg. No. 39780 S.S.A.

●  
Extracto hepático 1 x 250 ... 0.25 G.  
Equivalente a 2 U.A. F.E.U.

Vitamina B 12 ..... 5 mcrgs.

Sulfato ferroso ..... 0.05 G

Fécula de papa y sacarosa  
c. b. p. .... 0.67 G.

Vía de Administración: Oral:

Dosis: La que el médico señale

●  
Este medicamento es de empleo  
delicado.

●  
HECHO EN MEXICO

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro No. 28.

México 7, D. F.

Lederle

TIENE EL ORGULLO DE PRESENTAR A LA  
PROFESION MEDICA:

# ACROMICINA\*

UN NUEVO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO

ABSORCION MAS RAPIDA  
MEJOR TOLERANCIA  
MAYOR ESTABILIDAD

ACROMICINA es un nuevo antibiótico de amplio espectro, desarrollado por la investigación de Lederle. Ha demostrado gran efectividad en su aplicación clínica, con la ventaja de su absorción y difusión muy rápidas y de gran estabilidad, por lo cual se producen niveles sanguíneos muy altos.

La Acromicina puede obtenerse en cápsulas de 50 mg., (frasco de 25 cápsulas) y 250 mg., (frasco de 16 cápsulas).

HU. No. 47488 S. S. A.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

Cyanamid Inter-American Corp.  
49 West 49th, New York 20, N. Y.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.

José María Ríos No. 418  
México 12, D. F.

Prop. No. A-B-2014/54-S. S. A.

\* Marca de Tetraciclina  
Lederle.

# S U M A R I O

## ARTICULOS ORIGINALES

- VIENTRE AGUDO TRAUMATICO POR CONTUSION ABDOMINAL.—  
 Por el Dr. Jacinto Arturo Sánchez, y COMENTARIO por el Académico Dr. Raúl Peña Treviño ..... 39

## INFORMACION

- NUEVO GOBIERNO ACADEMICO ..... 65
- DISCURSO PRONUNCIADO POR EL ACADEMICO DR. FRANCISCO FONSECA, PRESIDENTE SALIENTE DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, EN LA SESION SOLEMNE DEL 2 DE FEBRERO DE 1954. .... 67
- DISCURSO DEL PROF. DR. JOAQUIN CORREA CEDILLO, PRESIDENTE DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, EN LA SESION SOLEMNE DEL 2 DE FEBRERO DE 1954. .... 72
- Comentarios y síntesis de literatura reciente ..... 77
- Sociales. .... 79

## CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.  
 Fundado en Junio de 1933.

Director:

DR. RICARDO TAPIA ACURA

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción:

DR. GUILLERMO ALAMILLA

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.  
 Franquicia especial Oficio núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Toda correspondencia debe dirigirse al Apartado Postal número 1994 o  
 Facultad de Medicina, esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

### Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México .....	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero .....	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugia de todo el mundo.  
 Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.



# La línea de una vida...

La salud del enfermo  
depende del diagnós-  
tico acertado de su  
médico.

## TERMOMETROS

**B-D**

**ACE**



Los Termómetros **ACE**  
no sufren cambios en  
su precisión porque son  
sometidos a un proceso  
de alejamiento de 4  
a 6 meses antes  
de ser certificados.

- Ofrecen la mayor  
confianza porque  
son escrupulosamente  
examinados en  
cada una de las  
setenta operaciones  
de su proceso de  
fabricación.
- Están notablemente  
certificados para  
garantizar su precisión.
- Cada Termómetro  
**B-D ACE** está  
impregnado por  
el prestigio mundial  
Becton - Dickinson.



© MARCAS REGISTRADAS

HECHO EN MÉXICO BAJO NORMAS DE CALIDAD **B-D**

IMPORTADORES Y  
DISTRIBUIDORES

**B-D**

BECTON, DICKINSON & CO.  
RUTHERFORD, N.J., U.S.A.

**MAPAD, S.A. de C.V.**

DR. GARCIA DIEGO 170, APDO. POSTAL 2402, TEL. 21-93-60  
MEXICO 7, D. F.

MSD 11





# Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XXII

FEBRERO DE 1954

NUM. 2

## Vientre Agudo Traumático por Contusión Abdominal\*

Por el Dr. Jacinto Arturo SANCHEZ.

### INTRODUCCION

Ningún otro problema en cirugía es tan apasionante a la vez que tan complicado e incierto como el que se refiere a la contusión del abdomen. Enorme es la bibliografía al respecto y sin embargo muy poco ha podido agregarse en los últimos años a las descripciones clásicas de los cuadros clínicos y al tratamiento de las lesiones. Ya en 1897 Le Dentú decía lo que aún permanece como una sentencia clínica todavía valedera: "El diagnóstico de las lesiones peritoneales por contusión, es uno de los problemas más espinosos de la clínica".

Cuántas veces no hemos titubeado frente a un traumatizado del vientre en presencia de un cuadro dramático de gravedad imponente. Y cuántas veces no hemos visto desaparecer progresivamente los síntomas y sorprendernos por la completa recuperación del paciente.

Durante diez años en un servicio quirúrgico de emergencia, tuve la oportunidad de observar y de comprobar toda la doctrina que sobre la contusión abdominal todos conocemos: estados de choque traumático de gravedad variable, cuadros alarmantes de hemorragia interna, peritonitis por perforación visceral, dificultades de diagnóstico, dificultades operatorias, graves complicaciones como la dilatación aguda gastroduodenal o la oclusión por flegmón post-operatorio, etc.

Frente a este intrincado problema que el cirujano tiene que resolver juiciosamente, dos hechos son fundamentales: el diagnóstico oportuno y la indicación operatoria.

\*.—Trabajo de ingreso como Académico de Número, a la Academia Mexicana de Cirugía.

Después de revisar los casos clínicos personales y los de numerosos autores, tengo que concluir a la manera de Quenú: "En la contusión abdominal la conducta no es la expectación armada, sino la observación continua, metódica, regular, calmada, para reconocer los primeros signos de la hemorragia interna o de la peritonitis por perforación."

Estos diferentes aspectos son el tema de este trabajo. Procuraré tratarlos de manera breve y concisa, haciendo mención particular de los hechos más interesantes y omitiendo otros por ser demasiado conocidos. De antemano reconozco que el asunto es extenso y difícil, por lo que solicito de los señores Académicos benevolencia y excusa por si no logro mis propósitos.

## I

### SINDROME ABDOMINAL AGUDO POR CONTUSION

Cuando un agente vulnerante animado de gran violencia choca contra la pared abdominal, se establece un cuadro clínico caracterizado por signos físicos y funcionales que constituyen el síndrome abdominal agudo traumático por contusión. Este traumatismo sin herida de los tegumentos implica la urgencia de determinar la localización y la magnitud de las lesiones para actuar en consecuencia.

Desde luego deben anotarse dos tipos de contusión: la superficial y la profunda.

En la contusión superficial las lesiones están localizadas en la pared del vientre.

En las contusiones profundas las lesiones recaen sobre las vísceras, macizas o huecas, intraperitoneales o extraperitoneales. A este respecto cabe mencionar tres tipos: 1.—Contusiones de tal gravedad que producen la muerte inmediatamente por shock solar inhibitorio o por gran inundación peritoneal consecutiva a ruptura de la aorta o de la vena cava inferior; en estos casos la muerte es fulminante y no hay recurso posible para ponerlo en práctica. 2.—Contusiones profundas asociadas a traumatismo del tórax o del esqueleto, lo que reviste un aspecto mucho más delicado. 3.—Contusiones que recaen únicamente sobre las vísceras abdominales. A este último tipo hay que agregar las complicaciones tardías como la caída de una escara, la ruptura secun-

daria, la hemorragia retardada, la hemorragia en dos tiempos, los falsos quistes hemáticos, etc.

Desde el punto de vista clínico la contusión profunda del vientre está dominada por tres síndromes: el shock abdominal, la hemorragia interna y la peritonitis por perforación.

## II

### SHOCK TRAUMATICO ABDOMINAL

El traumatizado está inmóvil, en estupor profundo, algunas veces inerte sin conocimiento, excepcionalmente agitado sobre todo si está ebrio.

La facies está pálida, los rasgos alterados, la mirada ansiosa, tierna o indiferente, la cara y el cuerpo cubierto de sudores fríos.

La respiración acelerada, superficial, de tipo torácico superior, la voz apagada y temblorosa, la palabra difícil y entrecortada.

Las extremidades frías y cianosadas, cubiertas de sudores profusos.

El pulso rápido, blando, a veces imperceptible.

La temperatura generalmente baja.

La sensibilidad general embotada.

La tensión arterial abatida.

Náuseas, vómitos y dolor difuso generalizado a todo el abdomen completan el cuadro clínico.

En presencia de una sintomatología tan alarmante es necesario, como lo afirman Lafont y Bonafos, cuidarse de hacer conclusiones prematuras. Traumatizados con shock abdominal intenso pueden no tener lesión visceral alguna. Es urgente por lo tanto abreviar este estado por todos los medios a nuestro alcance, para aliviar al lesionado y para aclarar el diagnóstico. Ordenaremos: reposo absoluto en cama, cabeza baja, tónica-díacos, suero fisiológico o plasma y sobre todo transfusión de sangre. No es conveniente aplicar morfina en el primer momento porque su acción puede ocultar bajo una calma engañosa una grave lesión visceral, lo que retarda la hora de la operación y compromete la vida del paciente.

III

HEMORRAGIA INTERNA

1.—En los casos de hemorragia el shock persiste a pesar del tratamiento, se acentúa aún; el estupor del principio se convierte en una excitación delirante de muy mal pronóstico.

2.—*La facies es más pálida, de una palidez cérea, las mucosas se decoloran, las conjuntivas están blanquecinas, las pupilas dilatadas, la sed intensa.*

3.—La respiración más rápida, de tipo costal superior; el lesionado tiene verdadera sed de aire.

4.—La temperatura es baja y con tendencia a bajar más.

5.—El pulso más pequeño, más rápido, incontable.

6.—La tensión arterial descende progresivamente; de aquí el interés de "seguir al lesionado con el baumanómetro en la mano". La coexistencia de tensión arterial baja con pulso frecuente es de importancia primordial para el diagnóstico.

Al lado de estos signos comunes a todas las hemorragias profusas, hay signos locales importantes aunque algunas veces borrosos y datos radiológicos y de laboratorio que no deben omitirse en los casos de difícil diagnóstico.

Estos son:

1.—Pared abdominal inmóvil.

2.—Reflejos cutáneos del vientre, ausentes.

3.—Dolor localizado o generalizado.

4.—Contractura o defensa muscular.

5.—Macicez en los flancos, en los declives o en la región suprapúbica.

6.—Por el tacto rectal o vaginal que debe ser sistemáticamente practicado se puede observar, Douglas doloroso, lleno o aún fluctuante (Delbet).

7.—Fórmula hematológica con anemia severa.

8.—Imagen radiológica con derrame abdominal móvil.

El valor incontestable de estos signos cuando son evidentes es innegable, pero debe reconocerse que generalmente son tardíos y va-

## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

riables según los casos. El diagnóstico de la hemorragia interna sigue siendo un problema de observación cuidadosa, metódica y sagaz.

### IV

## PERITONITIS POR PERFORACION

En este caso predominan los signos físicos y éstos tienen mayor valor que en la hemorragia interna.

*Estos son:*

1.—Ventre inmóvil. El borde costal está inmovilizado también, por parálisis refleja del diafragma.

2.—Ventre sin reflejos cutáneos.

3.—Ventre distendido. Aunque Guinard había insistido sobre el vientre plano de las peritonitis generalizadas, este tipo no existe en la peritonitis por perforación traumática. En este caso bajo la influencia del shock hay una verdadera sideración intestinal con meteorismo y distensión progresiva de las asas.

4.—Ventre duro, primero por defensa, después por contractura. Es el vientre "en madera", signo primordial para Mondor, a tal grado que por sí solo justificaría la intervención quirúrgica aún en ausencia de cualquier otro signo.

5.—Ventre doloroso a la presión y al frotamiento. La hiperestesia cutánea comprobada a distancia del punto traumatizado tiene gran valor diagnóstico.

6.—Ventre sonoro en la región prehepática, signo de Jobert de Lamballe, significa neumoperitoneo por perforación. Recordar que este fenómeno puede presentarse por interposición de asa distendida en ausencia de perforación visceral.

7.—Ventre silencioso a la auscultación, los ruidos intestinales no se escuchan, el peristaltismo está abolido.

8.—A estos signos agréguense síntomas generales tardíos de indudable valor: facies peritoneal, vómitos, hipo, paro de materias líquidas y gases, oliguria, dolor cada vez más intenso y difuso, pulso filiforme, temperatura de 39 a 40 grados.

Por otra parte, tanto los signos locales como los de hemorragia y de peritonitis, pueden ser difíciles de aclarar frente a un cuadro de

shock intenso, permaneciendo algunos casos dudosos por lo menos al principio.

Es por esta razón por la que algunos cirujanos ante tan difícil problema han intentado, la punción del Douglas, la punción abdominal y la pequeña laparotomía exploradora suprapúbica. Guardarse de practicar tales maniobras tan poco justificables ya que la radiografía y la radioscopia simple pueden poner en evidencia un derrame abdominal libre y móvil, o un neumoperitoneo traumático subfrénico. Ahora bien, en los casos en los que no es posible el examen radiológico, conviene como lo hemos dicho antes, una vigilancia clínica constante y sobre todo un interrogatorio minucioso del herido o de personas que presenciaron el accidente, lo que en ocasiones ayudará en mucho a explicar los fenómenos observados.

Es actuando de este modo como se podrán evitar operaciones inútiles, laparotomías injustificadas, anestесias peligrosas. En efecto, muy a menudo podrá observarse que el shock se disipa, la calma se hace, la palidez se atenúa, el pulso se regulariza, la tensión arterial se remonta, el vientre se ablanda, el dolor disminuye y se localiza a la zona traumatizada, el paciente entra en calor, emite gases y orina.

Se trata en la mayoría de los casos de una falsa alarma, de una contusión simple sobre la pared abdominal. Sin embargo, no hacer conclusiones definitivas todavía: "mantener al paciente sometido a una observación constante por lo menos durante ocho días después de un cuadro tan dramático; las sorpresas tardías de las contusiones abdominales no son raras desgraciadamente".

## V

### CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

Aunque la contusión superficial de la pared no se manifiesta generalmente por síntomas de vientre agudo, es necesario tener en la mente que algunos aspectos particulares los simulan a tal grado que el cirujano se ve tentado a practicar la laparotomía exploradora.

Brevemente los hechos principales son los siguientes:

1o.—*Contusiones de primer grado.*—Se manifiestan de dos maneras:



## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

*Equimosis inmediatas.*—Generalmente son banales, cuando son muy extensas y rápidas revelan trastornos de la coagulabilidad de la sangre o fragilidad capilar.

*Equimosis tardías.*—Se producen generalmente en puntos lejanos a la zona traumatizada, manifiestan migración de sangre subperitoneal o intramuscular, son de gran importancia diagnóstica, se pueden citar por ejemplo: la mancha equimótica periumbilical de Cullen de las hemorragias intraperitoneales, la equimosis del pliegue de la ingle de la hemorragia renal y la equimosis paramediana de los hematomas musculares.

20.—*Contusiones de segundo grado.*—Estas se manifiestan por derrames traumáticos, (derrames serosos y hematomas).

*Derrames serosos.*—Accidente raro de etiología discutida, producido por traumatismos tangenciales con despegamiento intercutáneo aponeurótico. (Morell Lavallée).

*Hematomas.*—Pueden situarse en tejido celular, músculos rectos y capa subperitoneal. Pueden ser pequeños o extensos, colectados o difusos.

1.—*Hematomas del tejido celular.* — Carecen de importancia, pueden llegar a la supuración.

2.—*Hematomas musculares.* — Hematomas traumáticos de los músculos rectos del vientre provocados por golpe directo. Hematomas llamados espontáneos porque se producen a consecuencia de esfuerzos diversos, fisiológicos o no, como la tos, el vómito y la defecación, éstos se presentan por predisposición patológica muscular, vascular o sanguínea.

En rigor todos los hematomas son traumáticos aunque unos se llamen provocados y otros espontáneos.

El cuadro clínico es aparatoso; principio brusco, dolor intenso, tumor progresivamente creciente, inmovilidad del abdomen, defensa muscular, síntomas de irritación peritoneal con vómitos y paro de las materias intestinales. Este accidente tiene fisonomía de vientre agudo y se presta a confusión con lesión traumática de vísceras y aún con quiste torcido del ovario y con hernia estrangulada.

Para evitar tal error debe examinarse al lesionado meticolosa-



mente, echando mano de todos los recursos exploratorios para aclarar el diagnóstico.

El tratamiento puede ser quirúrgico o astencionista, ésto depende de la severidad del caso y del criterio del cirujano.

3.—*Hematoma subperitoneal*.—Se presentan dos casos:

El hematoma del espacio de Retzius; accidente producido por rupturas vasculares de la epigástrica, arcada venosa suprapubiana, vasos del uraco y desgarradura de los músculos rectos del vientre.

El hematoma del compartimiento ileopúbico; producido por ruptura de vasos circunflejos profundos, vasos ilíacos externos, desgarradura de músculos profundos como el psoas ilíaco. Estas lesiones generalmente se asocian a fracturas pelvianas, púbicas, isquiopúbicas o hundimiento de la cavidad cotiloide.

El diagnóstico de estos hematomas subperitoneales se hace por el antecedente traumático, por el dolor persistente y por la presencia del tumor. Diagnosticado el proceso se impone investigar radiológicamente la existencia de fracturas pélvicas desconocidas. Demostradas éstas, el paciente se colocará en reposo con la medicación apropiada para prevenir la supuración y el cirujano se abstendrá de intervenir so pena de convertir una fractura cerrada en una fractura expuesta. Por lo demás cuando la radiografía es negativa, y el hematoma progresa a pesar del tratamiento hemostático, se está autorizado para intervenir y ligar los vasos que sangran. Por último, cabe recordar que estos hematomas subperitoneales muy frecuentemente se asocian a lesiones viscerales profundas producidas por traumatismos muy violentos y entonces estas lesiones dominan el cuadro clínico y la indicación terapéutica.

## VI

### CONTUSION PROFUNDA DEL VIENTRE

#### *Lesiones viscerales.*

**CONTUSION DEL HIGADO.**—La contusión hepática se produce por traumatismo directo sobre el hipocondrio derecho, como puntapiés, coces, golpes o caídas sobre el abdomen, compresión entre pared y raquis por rueda de vehículo, lesión por contragolpe por caída sobre la cabeza o sobre los pies.

## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

La ruptura traumática es más frecuente en hígado predispuesto por enfermedad previa, como hígado congestionado o hígado neoplásico.

Anatómicamente deben citarse tres tipos de lesiones:

1.—Rupturas verdaderas o totales en las que es desgarrada la cápsula y el parénquima. 2.—Rupturas subcapsulares en las que es desgarrado el parénquima pero no la cápsula. 3.—Rupturas centrales, con integridad del resto del órgano.

Las rupturas verdaderas varían desde pequeñas fisuras hasta la división completa del órgano. La hemorragia grave es aquí el fenómeno capital. Esta hemorragia tiende a prolongarse porque la coagulación es lenta debida a los movimientos respiratorios y a la mezcla de la bilis con la sangre. En toda lesión hepática hay ruptura de canales biliares, que explica el gran coleperitoneo que se observa en este tipo de lesiones.

Las rupturas subcapsulares son generalmente las menos graves, en ellas no hay hemorragia ni coleperitoneo, su pronóstico es relativamente bueno.

Las rupturas centrales son raras y se deben a un mecanismo complicado de flexión o torsión de la víscera; por su semejanza con la apoplejía cerebral, Andersson ha llamado a esta lesión "apoplejía hepática". La ruptura puede agrandarse progresivamente por aumento de presión y necrosis del parénquima seguida de hemorragia. Es frecuente la infección en rupturas centrales o subcapsulares por la presencia casi constante de gérmenes en el parénquima hepático. Por lo tanto siempre será conveniente evacuar el derrame, hacer hemostasis y canalizar.

Clínicamente los síntomas corresponden al cuadro de la hemorragia interna con algunas particularidades. Estas son:

- 1.—Estado de shock, del cual puede recuperarse el lesionado a menos que haya hemorragia masiva.
- 2.—Hipersensibilidad y rigidez muscular en borde costal derecho.
- 3.—Dolor en hipocondrio derecho irradiado a hombro del mismo lado.
- 4.—Signos físicos de derrame peritoneal cuando hay suficiente cantidad de sangre y bilis en la cavidad.

- 5.—Repleción y dolor en el Douglas.
- 6.—Ictericia por reabsorción de pigmentos por el peritoneo o por el mismo parénquima.
- 7.—Tensión arterial baja.
- 8.—Pulso frecuente y a veces bradicardia. La bradicardia es signo de gran valor; se debe a la reabsorción de sales biliares y contrasta con la taquicardia de las hemorragias graves.
- 9.—La temperatura es normal al principio, luego se eleva.
- 10.—La biometría hemática revela anemia y leucocitosis.
- 11.—Náuseas y vómitos.
- 12.—Trastornos psíquicos a veces con pérdida de la razón, otras solamente con irritabilidad.

*El pronóstico de la ruptura hepática depende del tipo de lesión, del diagnóstico oportuno y de la operación inmediata. Los trastornos psíquicos con pérdida de la razón, los vómitos y la irritabilidad son signos de muy mal pronóstico.*

Según las estadísticas de Boljorski se encuentran los siguientes datos:

Operados antes de 3 horas .....	15% de muertos.
Operados después de 24 horas .....	50% de muertos.
Muertos antes de 72 horas .....	Hemorragia o shock
Muertos después del cuarto día .....	Peritonitis.
Muertos por hemorragia masiva .....	75%
Muertos por peritonitis biliar o séptica ...	19%

Muertos por trombosis de la porta, embolia de pequeños fragmentos hepáticos y otras complicaciones, no se tienen datos exactos.

La conducta terapéutica será según el caso:

- 1.—Combatir el shock.
- 2.—En las rupturas subcapsulares y centrales, está indicada la incisión, evacuación y hemostasis.
- 3.—En rupturas verdaderas se hará suturar al catgut con grandes puntos separados apretando con prudencia porque el parénquima es frágil y se desgarrará. Plastia epiploica o muscular. Aplicación de Gel-fom en algunos casos.

## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

4o.—No es recomendable la cauterización eléctrica o el taponamiento con gasa porque predisponen a la hemorragia secundaria.

5.—Evacuar totalmente el derrame de sangre y bilis.

6.—En general no es recomendable la autotransfusión del hemo-peritoneo salvo en casos de absoluta necesidad. Entonces se practicará según la técnica de Arnold Griswold y Alvin B. Ortner (Surg. Gin and Obst. 1953).

7.—Canalizar por debajo de la herida hepática con cigarrillo de goma para evacuar sangre y bilis residuales y para desaguar el pequeño absceso biliar que a menudo se forma.

8.—Los cuidados post-operatorios de rigor.

**CONTUSION DEL BAZO.**—La contusión del bazo se produce por un mecanismo semejante al de la contusión hepática. Las lesiones también son parecidas, desgarraduras totales, verdaderos estallamientos que desprenden el bazo de su pedículo, desgarraduras parciales y desgarraduras subcapsulares.

El cuadro clínico es el de hemorragia interna con signos físicos de hipocondrio izquierdo.

Lo que a este respecto importa es lo relativo a las hemorragias tardías.

Richey L. Wangh y John A. Prior de Boston (Surgery, Julio de 1943), en un estudio sobre rupturas traumáticas del bazo han observado los siguientes hechos:

1.—En setenta casos observados de ruptura del bazo con hemorragia tardía, dieciocho estaban complicados con fractura de costillas izquierdas (26%). Por lo tanto conviene no olvidar esta concomitancia y tratar de aclarar el diagnóstico lo más pronto posible.

2.—Es frecuente después del traumatismo un período latente o asintomático que hace el diagnóstico difícil y a veces imposible, lo que acarrea la muerte por no intervenir oportunamente. Es necesaria pues en este período una vigilancia extrema. La hemorragia tardía suele empezar súbitamente y con tal violencia que los signos peritoneales en este momento son bastante claros: choque, dolor abdominal, hiperestesia y contractura.

3.—Las hemorragias tardías acaecen el 50% antes del séptimo día, el 25% en la segunda semana, el resto en períodos diferentes, el

más corto señalado por Mac Yndoe fué a las 48 horas y el más largo a los seis meses.

4.—*Los signos clínicos observados fueron*

Signo de Kehr, dolor en el hombro izquierdo por irritación del nervio frénico (28% de los casos).

Colapso súbito, choque intenso, aceleración creciente del pulso.

Dolor subjetivo y objetivo, defensa muscular en cuadrante superior izquierdo, signos de derrame peritoneal, ausencia de fiebre, anemia progresiva, leucocitosis de doce mil a veinte mil.

Signo de Saegesser o punto esplénico de Saegesser, dolor provocado al hacer presión en el cuello en el punto frénico entre el esternocleido y el escaleno anterior del lado izquierdo. Es para este autor signo patognomónico y resulta positivo aun en rupturas parciales y en hematoma subcapsular. El signo de Saegesser inverso suele observarse con cierta frecuencia, la presión sobre cuadrante superior izquierdo provoca dolor intenso en el punto esplénico del cuello, este dolor reflejo es tan severo que el paciente coloca la mano sobre el lado izquierdo del cuello instintivamente.

5.—El signo más comúnmente observado fué la rigidez de la pared abdominal, al principio generalizada, pero en el mayor número de casos localizada a epigastrio e hipocondrio izquierdo.

6.—La hemorragia secundaria se presenta de ordinario cuando la cápsula sumamente distendida por el hematoma intraesplénico se desgarrá súbitamente en el sitio del traumatismo. En tales casos la hemorragia es copiosa e incontenible salvo que se esté preparado para practicar la esplenectomía urgente.

7.—Uno de los peligros mayores de la ruptura del bazo es la mejoría aparente que se observa con el tratamiento médico. Algunas veces, a las dos semanas, cuando el paciente comienza a caminar se presenta hemorragia fulminante y muerte.

8.—No obstante lo antes dicho, es rara la falta absoluta de signos y síntomas en el período latente; todo es cuestión de vigilar y examinar continuamente al paciente. Se observan los siguientes signos: dolor sordo en hipocondrio izquierdo, signo de Saegesser directo e invertido, signo de Kehr, rigidez en cuadrante superior izquierdo, masicez esplénica aumentada por la presencia del hematoma. Al examen radiológico con papilla opaca gástrica se pueden encontrar estos tres signos radio-

## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

lógicos: dilatación gástrica por irritación peritoneal, gran curvatura del estómago irregular o aserrada por hematoma yuxtapuesto y elevación del hemodiafragma izquierdo "en tienda de campaña".

**CONTUSION DEL DUODENO.**—Son lesiones raras pero deben ser investigadas sistemáticamente en toda laparotomía por contusión abdominal. No siempre son evidentes y aun después de la operación hay riesgo de que pasen inadvertidas. Aunque en toda ruptura intestinal la indicación quirúrgica es la regla, tratándose del duodeno se presentan problemas especiales. Estos entrañan dificultades técnicas que alargan la intervención, ensombrecen el pronóstico y hacen de las rupturas duodenales las más peligrosas de las lesiones intestinales traumáticas.

Desde el punto de vista anatómico se consideran tres clases de lesiones: ruptura incompleta, ruptura completa parcial y ruptura completa total. Estas lesiones pueden estar asociadas a las de otras vísceras o estar aisladas.

Las lesiones de la primera categoría pueden curar espontáneamente si son las únicas lesiones; pueden acompañarse de hematoma subperitoneal y producir estenosis y pueden por último ocasionar necrosis tardía, peritonitis y muerte al séptimo día cuando han pasado inadvertidas.

Las lesiones de la segunda categoría corresponden a ruptura completa de todas las tunicas en una porción de la circunferencia. Son las más frecuentes. La ruptura se observa con más frecuencia en la cara anterior, puede ser pequeña o grande, de bordes regulares o irregulares y generalmente se ve la mucosa haciendo hernia por la herida.

Las lesiones de la tercera categoría son las rupturas completas y totales; la lesión es circular y perpendicular al eje del intestino, se sitúa generalmente en el ángulo duodeno-yeyunal.

De estas lesiones, las más frecuentes son las de primera y tercera porción del duodeno; las de cuarta porción son raras. Se afirma que el ángulo duodeno-yeyunal sería el más frecuentemente atacado. La tercera porción sería la más expuesta por estar aplicada directamente sobre la columna lumbar; sin embargo recordar que es un órgano profundo protegido por el hígado y el estómago, por lo que sus lesiones son relativamente raras.

Desde el punto de vista etiológico, se trata de traumatismos violentos aplicados directamente en la región supraumbilical. Sin embar-



go se han señalado rupturas duodenales por traumatismo lumbar (Greig, Smith y Curtis). Algunas causas favorecen la lesión, como la repleción duodenal, la úlcera, la estasis y la posición del sujeto en el momento del traumatismo.

Desde el punto de vista quirúrgico las lesiones pueden ser de tres clases: intraperitoneales, subperitoneales y sub e intraperitoneales.

Las intraperitoneales son generalmente de cara anterior, con ruptura de peritoneo, salida de líquidos, peritonitis y muerte si no se interviene a tiempo.

Las subperitoneales son de cara anterior y muy raras veces de cara posterior. Hay ruptura de todas las capas excepto el peritoneo. Se manifiestan por derrames subperitoneal de gases y líquidos en el sitio de la lesión y a veces a distancia. El derrame está formado de líquido duodenal, sangre, bilis y gases. Este derrame distiende el peritoneo a nivel de la lesión pero puede aparecer a distancia por infiltración del mesocolon transversal, del mesenterio o deslizarse a lo largo de los gruesos vasos prevertebrales hacia la pelvis menor. La comprobación de enfisema, hematoma o coloración verdosa subperitoneal, son signos evidentes de ruptura duodenal. En las formas atenuadas el único signo sería la mancha verde subperitoneal; éste sería un buen signo de diagnóstico que por sí solo obliga al cirujano a una cuidadosa exploración quirúrgica del duodeno por las caras anterior y posterior. Si la lesión no es reconocida, la muerte ocurre fatalmente por ruptura de la colección subperitoneal infectada y peritonitis, o por celulitis séptica cuando el derrame se ha infiltrado por detrás del peritoneo.

Las sub e intraperitoneales son lesiones que ocurren sobre zonas cubiertas y descubiertas de peritoneo, éstas son generalmente rupturas totales.

*Desde el punto de vista clínico*, la sintomatología es la misma que la de cualquiera víscera hueca con shock y síndrome de vientre agudo. Sin embargo a este respecto dos hechos deben tenerse siempre presentes: 1.—No hay relación constante entre la intensidad del traumatismo y las lesiones resultantes; 2o.—Los signos clínicos del principio no corresponden a la magnitud de las lesiones y no permiten prejuzgar. El diagnóstico por lo tanto es casi imposible en el pre-operatorio, lo que obliga al cirujano a examinar cuidadosamente el duodeno durante la



## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

operación aunque las lesiones encontradas sean suficientes para explicar el cuadro clínico.

*Desde el punto de vista de la conducta terapéutica se aconseja proceder de la manera siguiente:*

1.—*Rupturas intraperitoneales de cara anterior.* Para poner al descubierto las lesiones se procede de dos maneras: la porción mesocólica del duodeno se examina levantando el hígado, llevando el estómago a la izquierda y el transversal y su meso hacia abajo. Para las inframesocólicas se levantará el gran epiplón, el colon transversal y su meso y se abate el delgado.

Descubierta la lesión, se procederá a la duodenorrafia simple o con plastia epiploica; se canalizará con cigarrillo de goma por la pared anterior o por uno de los flancos.

2o.—*Rupturas subperitoneales.* — Localizado el hematoma o la mancha verde subperitoneal, se incindirá el peritoneo a nivel de la colección que lo levanta. Si se escapan burbujas de gas o líquido intestinal la ruptura es evidente. Se le descubrirá con facilidad si está a nivel del hematoma; en caso contrario su localización puede ser difícil; entonces será necesario buscar la ruptura por la cara posterior. Las maniobras para esta investigación varían según la porción duodenal que se desea examinar: en la porción supramesocólica se incinde el borde derecho de la segunda porción hasta la raíz del mesocolon, luego la incisión contornea el colon hasta el ciego; los dedos insinuados entre colon, duodeno y páncreas despegan prudentemente y rechazan el colon hacia la izquierda poniendo el duodeno a la vista. En las porciones inframesocólicas se procederá a descubrir la tercera porción de la manera que ya hemos indicado, luego se incinde el peritoneo por debajo de esta porción y se levanta el duodeno hasta el ángulo duodeno-yeyunal. Descubierta la lesión se procederá a la sutura y se canalizará por la pared posterior.

3o.—*Rupturas totales.*—Son las más fáciles de descubrir. En ellas el problema es la reparación de las lesiones. La conducta varía según el sitio. De una manera esquemática y se procederá de la manera siguiente:

En la ruptura total supramesocólica y supravateriana, se hará

cerradura de los dos cabos y gastroyeyunotomía; canalización por la cara anterior.

En las rupturas infarmesocólicas subvaterianas se hará cerradura de ambos cabos y duodenoyeyunostomía; o mejor cerradura del cabo distal y duodenoyeyunostomía con el cabo proximal; canalización por el flanco.

Al terminar este capítulo se pueden establecer tres conclusiones importantes: 1o.—Las rupturas duodenales son las más graves y mortales del intestino. 2o.—Las rupturas subperitoneales son las más difíciles de descubrir, pero su evolución parece más favorable que en las intraperitoneales. 3o.—Las rupturas totales son las más graves, los éxitos son excepcionales.

**CONTUSION DEL PANCREAS.**—Son poco frecuentes, Pressel, en 1895 encontró dos casos en 200 autopsias, Lenoir en 1911 reunió 80 casos, Mocquot y Constantini en 1923 relatan 57 casos. Estas lesiones no siempre se manifiestan por fenómenos inmediatos, en algunos casos semanas ó meses después del traumatismo aparecen un hematoma o un pseudoquiste.

De allí que deban mencionarse tres diferentes aspectos:

1o.—Accidentes de urgencia.—Contusión con desgarradura del páncreas, con sintomatología grave, que obliga a la intervención quirúrgica inmediata.

2o.—Accidente secundario precoz.—Es el hematoma de la retrocavidad de los epiplones.

3o.—Accidente secundario tardío.—Es el falso quiste traumático del páncreas.

Nos referiremos exclusivamente al primer caso que es el que se acompaña de vientre agudo.

Accidentes de urgencia por contusión reciente del páncreas. Son lesiones con desgarradura, aisladas o asociadas a lesiones de otras vísceras. Se manifiestan por un cuadro clínico de inaplazable urgencia abdominal.

Desde el punto de vista etiológico, la contusión del páncreas se produce por un violento choque epigástrico; traumatismos violentos y rápidos por cuerpo contundente estrecho que penetra en el ángulo costal epigástrico y aplasta el páncreas sobre el raquis. Excepcionalmente

## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

el traumatismo es lumbar izquierdo o sobre la base del tórax. Estas lesiones son más frecuentes en niños y adultos, jóvenes, en razón de la mayor elasticidad torácica.

Desde el punto de vista anatómico deben distinguirse dos clases de lesiones: 1o.—Lesiones aisladas y 2o.—Lesiones asociadas.

Las estadísticas al respecto dan idea de la frecuencia comparativa de estas lesiones:

Mocquot y Constantini,	57 casos.	30 aislados,	27 asociados.
Schieden y Sebening,	62 casos.	20 aislados,	42 asociados.
Leoir,	30 casos.	21 aislados,	59 asociados.

Las lesiones propias del páncreas son según Lenoir de tres tipos:

1o.—Lesiones de primer grado.—Contusión simple, sufusiones sanguíneas subperitoneales.—Asintomáticas.—Benignas.

2o.—Lesiones de segundo grado.—Desgarradura del páncreas con fisuras irregulares; el peritoneo está roto y a través de él fluye sangre que se colecta en la retrocavidad.

3o.—Lesiones de tercer grado. — Desgarraduras profundas con estallamiento.—Pueden ser parciales; se sitúan sobre cola o parte media del cuerpo; de bordes irregulares, canal de Wirsung generalmente íntegro. Pueden ser totales como en el estallamiento; se sitúan en cabeza y cuerpo, son las lesiones más graves y destructivas; el Wirsung está roto, también a veces los vasos esplénicos.

En cuanto a las lesiones asociadas, éstas se deben a la violencia y dispersión del traumatismo. Se localizan sobre hígado, bazo, duodeno, riñón, delgado y costillas. Raras veces el estómago está atacado quizá porque funciona como un cojinete elástico delante del páncreas. Las lesiones de colédoco y de grandes vasos próximos son sumamente raras.

Desde el punto de vista fisiopatológico deben considerarse dos fenómenos inmediatos y graves: la hemorragia y la salida de jugo pancreático.

La sangre derramada puede dar origen a hemorragia profusa mortal o a una colección en la retrocavidad que si no se evacúa dará lugar después a hematoma enquistado.

La salida de jugo pancreático dará lugar a lesiones de esteatonecrosis que llamarán la atención del cirujano durante la operación y le

indicarán la evidencia de lesión pancreática. Estas lesiones serían más aparentes si el Wirsung ha sido roto o si el páncreas fué contundido en período digestivo.

Desde el punto de vista clínico, no puede establecerse una sintomatología precisa, varía en razón de la magnitud de las lesiones y de la asociación con las de de otras vísceras.

Esquemáticamente se pueden considerar tres casos:

1o.—Lesiones no diagnosticadas al principio, hasta que un hematoma o un pseudoquiste revelan la lesión pancreática.

2o.—Lesiones con sintomatología imponente con hemorragia interna grave o con peritonitis progresiva (formas asociadas).

3o.—Lesiones aisladas puramente pancreáticas de gravedad media.

En general no puede haber cuadro clínico esquemático. Se piensa en lesión pancreática sin afirmar, en virtud del sitio preciso del traumatismo y del aspecto particular de algunos fenómenos. Estos son:

1o.—Benignidad de los síntomas iniciales.—El herido después de un dolor muy intenso se recupera progresivamente y reanuda sus ocupaciones.

2o.—Período de latencia.—Puede ser de horas o de días, "Desconfiad de esos traumatismos apoyados en el epigastrio con dolor y colapso", dice Boudreaux. Insístase en la investigación de signos secundarios de alarma: dolor y contractura.

3o.—Dolor profundo prerraquídeo, su acentuación es un buen signo.

4o.—Contractura epigástrica o contractura generalizada. Cuando existe realmente, obliga a la intervención inmediata.

El diagnóstico de las contusiones del páncreas está lleno de dificultades. Las consideraciones anteriores muestran hasta qué punto es difícil y a veces imposible. En la duda es preferible practicar una laparotomía blanca que dejar sin atención una lesión de pronóstico tan sombrío.

El pronóstico depende de la severidad del traumatismo, de la importancia de la hemorragia, de las lesiones asociadas y del tiempo transcurrido entre el accidente y la hora de la operación. En general las lesiones pancreáticas de sintomatología inmediata son muy graves, causan gran mortalidad por choque, hemorragia primitiva o retardada y pan-

## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

creatitis hemorrágica secundaria. Más graves son por supuesto las formas asociadas de las que se ha hecho mención.

Algunos datos estadísticos dan idea de la gravedad de estas lesiones:

Mocquot y Constantini (1923)	No op. 10	Muertos 10
Lesiones de páncreas	Sí op. 17	Muertos 10
asociadas a otras.	No op. 9	Muertos 9
Lesiones aisladas	Sí op. 21	Muertos 5
a páncreas.		

Total: 57 casos.—23 curaciones. 34 muertos.

Lesiones aisladas. 20.—14 curaciones.— 6 muertos.

Lesiones asociadas. 42.—16 curaciones.—26 muertos.

Total: 62 casos.—30 curaciones. 32 muertos.

Al leer estas estadísticas nos damos cuenta de la gravedad de las contusiones del páncreas y de la importancia del acto quirúrgico. Algunos curan definitivamente, otros desarrollan fístula pancreática que cura en semanas. No olvidar que la operación no pone al abrigo siempre de hematomas tardíos, de hemorragia secundaria o de infección subfrénica.

En cuanto al tratamiento se aconseja proceder del siguiente modo: siempre que se haga laparotomía por contusión abdominal no contentarse con el hallazgo de las lesiones a la vista. Examínese siempre el pequeño y el gran epiplón. El tinte azulado significa sangre en la retrocavidad. Intervéngase entonces por una de estas tres vías: 1o.—Gastrohepática (vía estrecha y difícil), 2o. Gastrocólica (muy buena), 3o.—Despegamiento colepiploico (vía de elección).

Esquemáticamente la conducta operatoria será la siguiente:

1o.—En la contusión subperitoneal es peligroso respetar el foco amenazado de necrosis secundaria o de falso quiste. Abrase la serosa, hágase hemostasis y canalícese.

2o.—En contusión profunda con ruptura, si el Wirsung está íntegro, suturese con grandes puntos hemostáticos separados, epiploplastía o taponamiento y canalización de necesidad.

3o.—En contusión con Wirsung roto, ligadura de ambos cabos y sutura como en el caso anterior.

4o.—En contusión con desgarradura de la cola, pancrectomía parcial, sutura del resto de la glándula y canalización.

5o.—En estallamiento del páncreas el caso es sumamente difícil, la sutura será imposible. Todo se limitará a hemostasis, revisión de vasos vecinos con heridas secas que sangrarán secundariamente. Taponamiento y canalización.

Al llegar a este punto juzgo necesario no insistir en el estudio de las lesiones de otras vísceras abdominales por ser las más frecuentes y mejor conocidas. Me he referido por lo tanto a las que ofrecen mayores dificultades diagnósticas y terapéuticas.

## VII

### CONDUCTA QUIRURGICA.

Frente a un traumatizado del abdomen se impone ante todo un buen estudio clínico para poder hacer conclusiones definitivas. En algunos casos el diagnóstico será evidente, en otros difícil, en otros por fin imposible en el primer momento. La complejidad de estos problemas ha quedado suficientemente expuesto en páginas anteriores.

Conviene por lo tanto en estos casos seguir una conducta general disciplinada, atenta, continua, metódica, inteligente. Echar mano de todos los recursos exploratorios para descubrir dentro del cuadro de vientre agudo traumático, cuál es el órgano perforado o la víscera que sangra. Estar al acecho de las lesiones latentes con manifestaciones tardías. Actuar oportunamente sin pérdida de tiempo. Estar prevenido de todas las dificultades inherentes a la cirugía de urgencia.

La conducta general que hemos seguido en nuestra práctica personal es la siguiente:

#### 1o.—Examen clínico.

1.—Por interrogatorio sea directo o indirecto se tratará de conocer lo relativo al agente traumático y al mecanismo del traumatismo, así como los síntomas inmediatos.

2.—Por el examen físico, se investigarán metódicamente todos los signos ya mencionados anteriormente; ocupa primer lugar la contractura muscular.



## VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

3o.—Estudio continuo del pulso y de la tensión arterial. El valor diagnóstico de estos datos es de suma importancia.

4.—Por el estudio radiológico, buscar imagen de líquido libre y móvil intraperitoneal y neumoperitoneo generalmente subfrénico.

5.—Por el laboratorio, buscar datos de anemia y leucocitosis.

6o.—No omitir nunca el tacto rectal o vaginal, para examinar el Douglas.

Al final del examen clínico a veces se puede establecer el diagnóstico, otras veces será necesario observar mientras se atiende el estado de shock, pero nunca por más de dos horas. Los fracasos de recuperación no justifican diferir o abandonar la operación, por el contrario ello es testimonio de un factor incontrolable que sólo la operación puede dominar y entonces ésta es más urgente. "Un pulso perceptible es quizá la mínima condición para operar".

2o.—Pre-operatorio.—Comprende dos factores esenciales: la reanimación y la anestesia.

1.—Debe considerarse que el shock está ligado necesariamente a la hemorragia, factor que sólo puede dominarse por la operación. Por lo tanto no es posible obtener una recuperación ideal para operar. En este momento se instalará transfusión de sangre tratando de elevar la tensión arterial máxima, a 8. En casos severos se hará transfusión intraarterial y se intervendrá en cuanto el pulso se haga perceptible.

2.—La anestesia es de primera importancia. Aquí más que en ningún otro caso debe contarse con una buena anestesia de preferencia ciclo-éter-oxígeno en circuito cerrado. Las dificultades operatorias hacen indispensable que este factor sea eficazmente resuelto por personal especializado.

3o.—Operación.

La técnica operatoria varía según los casos. Ya se ha hecho mención en los capítulos anteriores de algunos aspectos particulares. Sería prolijo insistir sobre este punto que de por sí es extenso y complejo.

4o.—Post-operatorio.

Será necesario vigilar la recuperación, insistir en transfusión de sangre, reequilibración de líquidos y electrolitos, prevenir las complicaciones sépticas por los antibióticos, prevenir las complicaciones pulmonares y las trombosis venosas. Vigilar atentamente al operado du-



rante la primera semana y estar advertido de las complicaciones tardías para actuar juiciosamente en cada caso.

## VIII

### CONCLUSION

No tan simple y sencillo como a primera vista parece es el conjunto de lesiones abdominales por contusión. Junto a estallamientos del intestino delgado y del colon, desgarraduras del mesenterio, graves traumatismos del hígado y del bazo, lesiones del riñón y de vejiga, tan comunes en la práctica quirúrgica, no olvidar la ruptura de las vías biliares, estallamientos retroperitoneales del duodeno y contusiones del páncreas, etc.

La resolución de estos problemas es muy arduo y de ello depende la vida del lesionado. Sin embargo el éxito final puede resumirse en los siguientes hechos de gran responsabilidad para el cirujano: "Diagnóstico precoz, oportunidad operatoria, técnica apropiada, destreza quirúrgica y elementos de lucha."

### RESULTADOS DE 276 CASOS DE TRAUMATISMOS ABDOMINALES, OPERADOS DE 1937 a 1947

Heridas penetrantes por arma blanca		
o por arma de fuego.	220	—79.7 %
Contusiones abdominales.	56	—20.3 %
Curaciones.	215.24	— 78%
Muertos.	60.76	— 22%
Todos fueron operados antes de tres horas.		
Contusiones abdominales.		56.
Hígado.	10	9 curaciones — 1 muerto
Bazo.	8	4 curaciones — 4 muertos
Duodeno.	1	1 curación — 0 muertos
Páncreas.	0	0 curaciones — 0 muertos
Estómago.	2	2 curaciones — 0 muertos
Mesenterio.	5	10 curaciones — 3 muertos

# VIENTRE AGUDO POR CONTUSIÓN

Delgado.	13	5 curaciones — 0 muertos
Colon.	4	3 curaciones — 1 muerto
Vejiga.	3	3 curaciones — 0 muertos
Riñón.	2	1 curación — 1 muerto
Pared abdominal.	4	4 curaciones — 0 muertos
Lesiones múltiples.	4	2 curaciones — 2 muertos

Curaciones . . . . . 44 — 78.5%

Muertos . . . . . 12 — 21.5%

Todos fueron operados antes de tres horas.

## BIBLIOGRAFIA

- E. FORGUE.—Patología Quirúrgica.
- BEGOUIN y F. PAPIN, etc.—Patología Quirúrgica.
- RODNEY MAINGOT.—Abdominal Operations.
- EVARTS A. GRAHAM.—Anuario de Cirugía General 1943.
- J. L. SPIVACK.—Técnica Quirúrgica en las operaciones abdominales.
- MAJOR.—Exploración y Diagnóstico Clínico.
- HAMILTON BAILEY.—Los signos Físicos en Clínica Quirúrgica.
- A. LAFFONT.—Enciclopedia Médico Quirúrgica.
- M. BONAFOS.—Enciclopedia Médico Quirúrgica.
- H. G. ROBERT.—Enciclopedia Médico Quirúrgica.
- J. BOUDREAUX.—Enciclopedia Médico Quirúrgica.
- JACQUES MIALARET.—Enciclopedia Médico Quirúrgica.
- CHRISTOPHER.—Patología Quirúrgica.
- ANDERSSON.—Citado por Christopher.

DR. JACINTO ARTURO SÁNCHEZ

ARNOLD GRISWOLD, etc.—Surg. Gen. and Obst. 1943.

RICHEY L. WANG, etc.—Surg. Julio 1943.

JACINTO ARTURO SANCHEZ.—Choque Traumático.—Revista Cirugía del Hospital Juárez. 1931.

JACINTO ARTURO SANCHEZ.—Traumatismo del Vientre. Conducta. Revista Médica de Puebla. 1947.

MONDOR.—Urgencias en Cirugía del Abdomen.

MACIAS CALLARDO SIMON.—Tesis. Facultad de Medicina de México. 1941.

---

COMENTARIO

*Por el Académico Dr. Raúl PEÑA TREVIÑO.*

Como lo asienta el Autor, las contusiones del abdomen son de una importancia tan grande que han preocupado y continúan siendo motivo de atención de todos los cirujanos que atendemos pacientes de esta naturaleza. Los textos de patología dedican sendos capítulos en la descripción de los distintos cuadros que se presentan cuando el vientre es contundido violentamente y en los centros Hospitalarios en donde se reciben estos enfermos se les dedica especial atención por las sorpresas que suelen presentarse y que desconciertan grandemente aún a los más experimentados.

El Doctor Sánchez hace una síntesis de estos problemas y en forma clara y precisa señala los cuadros sintomáticos que con frecuencia se observan en las diferentes lesiones orgánicas. Es indudable que estos cuadros sintomáticos no se encuentran completos en la mayoría de las veces, sino por el contrario, la mezcla de varios síntomas es la que desconcierta al médico, poniéndolo en condiciones adversas para poder hacer diagnóstico, principalmente cuando ha transcurrido poco tiempo después de ocasionada la lesión.

En la actualidad ha variado la conducta del cirujano frente a es-

tos problemas de pacientes contusionados del abdomen, ya no se hacen intervenciones precipitadas como se hacía hace veinte años en los que las intervenciones se llevaban a cabo tan pronto se tenía todo dispuesto en la sala de operaciones. Ahora se es más prudente y no se operan enfermos en estado de shock, salvo en casos apremiantes de grave hemorragia. En estos tiempos se dispone de más tiempo para observar los pacientes y poder hacer diagnóstico más preciso, pues contamos con sangre, plasma y antibióticos, elementos salvadores de muchas vidas y factores decisivos para que se puedan hacer intervenciones largas y audaces, que antes de esta época no eran emprendidas por los seguros fracasos que eran la consecuencia directa. El adelanto logrado por la anestesiología es otro factor tan decisivo en la cirugía moderna, que sin ella indudablemente no se hubiera logrado el avance tan grande de la cirugía que ha tenido en la última década.

El autor señala con precisión la manera de explorar a estos enfermos y estudia con cuidado los datos que se obtienen valorizándolos debidamente; su experiencia en esta actividad quirúrgica es grande y por lo tanto sus observaciones son de mucha importancia. Debemos hacer notar que con frecuencia se combinan estos datos y vuelven difícil su apreciación, pues concurren en el mismo sujeto, en ocasiones, grandes hemorragias intra peritoneales con lesiones de vísceras huecas y se sorprende uno durante la intervención de la ausencia de síntomas derivados de determinada lesión, que seguramente fueron enmascarados por otros síntomas o signos que tuvieron en ese caso mayor predominio.

Toca el autor en algunos puntos de su trabajo las técnicas aconsejadas para determinar dos casos, y como lo indica es solamente para ser más completo el que aborda estos temas, pues, cada una de estas técnicas ocupará un trabajo especial. Quiero a este propósito decir que uno de los problemas terapéuticos más difíciles e interesantes de estas lesiones, son las heridas del colon por sus características especiales y por la definitiva acción del cirujano que modifica favorablemente el pronóstico de estos casos, si sabe resolver satisfactoriamente el problema. Estamos preparando un trabajo al respecto que tendré oportunidad de poner en la consideración de Uds. en fecha próxima.

La forma que aconseja de explorar los órganos de la cavidad abdominal para ejercer sobre ellos el tratamiento adecuado, me parece

DR. JACINTO ARTURO SÁNCHEZ

excelente y la forma de tratar las hemorragias de visceras macisas es la que usamos frecuentemente, solamente añadiría yo, que en ocasiones debemos de hacer esplenectomía, cuando este órgano esté grandemente contundido, para evitar las funestas hemorragias secundarias que se presentan a veces varios meses de practicada la sutura o el taponamiento.

Felicito al señor Dr. Jacinto Arturo Sánchez por su interesante trabajo y agradezco al señor presidente de la Academia el haberme designado para hacer este comentario.

## Información

### Nuevo Gobierno Académico

El día dos de febrero de 1954, a las veintiuna horas, tuvo lugar en el salón de actos de la Facultad de Medicina, la sesión solemne que celebró la Academia Mexicana de Cirugía, con motivo de la toma de posesión de la Nueva Mesa Directiva e Inauguración de las labores del Año Académico de 1954.

La sesión se desarrolló con el programa siguiente:

- I.—El Murciélago.—John Strauss.
- II.—Discurso por el Presidente saliente Académico Dr. Francisco Fonseca.
- III.—Toma de posesión del Cuerpo Directivo, electo para el bienio 1954-1956.
- IV.—Discurso por el Presidente entrante Académico Dr. Joaquín Correa C.
- V.—Claro de Luna.—Claude Debussy.
- VI.—Declaración de apertura del año académico de 1954.

Los números musicales estuvieron a cargo del conjunto que dirige el Profesor Enrique Barrientos.

Una vez terminada la sesión, se sirvió una cena en el restaurante Ambassadeurs, ofrecida a los señores académicos y sus esposas, por el Sr. Gerente de los Laboratorios Carnot, Paul Antebí. El Académico Dr. José García Noriega, a nombre del Sr. Presidente, en breves palabras agradeció al Sr. Antebí, su gentileza.

A continuación publicamos los discursos de los señores doctores Fonseca y Correa C.

La labor del Sr. Dr. Fonseca, al frente de la Academia, no podía ser más brillante y efectiva para su progreso. Venció con éxito las di-



#### INFORMACIÓN

ficultades que se le presentaron y supo despertar el interés de los académicos, obteniendo durante los dos años de su mandato numerosa asistencia a todas las sesiones; colaborando eficazmente con él, los demás miembros del cuerpo directivo señores doctores, Raúl Peña Treviño, Juan Mora Ortiz, Ricardo Tapia Acuña, Guillermo Alamilla, Enrique Flores Espinosa, Feliciano Palomino Dena, Martín Maquívar y José Antonio Guevara.

La Academia espera de su nuevo presidente y colaboradores, una labor fecunda e inteligente. Las dotes del Dr. Correa, C., así lo hacen esperar. En su discurso hace plan de trabajo, precisa los caminos para llegar a resultados interesantes; y vincula con la actualidad los problemas de la Academia, que son los de la cirugía contemporánea. Su tesis comprende fundamentales disquisiciones referentes al pensamiento que se aleja de la autenticidad científica.

---

**DISCURSO PRONUNCIADO POR EL ACADEMICO DR. FRANCISCO FONSECA PRESIDENTE SALIENTE DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, EN LA SESION SOLEMNE DEL DIA 2 DE FEBRERO DE 1954 \***

Hace dos años al recibir la Presidencia de la Academia Mexicana de Cirugía, experimenté una de las mayores satisfacciones de mi vida.

Habiendo dedicado todo mi ejercicio profesional a la disciplina quirúrgica, me encontraba, por mandato de mis compañeros Académicos, investido de la más alta jerarquía dentro de nuestra Academia.

Grande responsabilidad traía al mismo tiempo, este alto cargo. Había que dedicar todo el esfuerzo, la atención, la voluntad y la inteligencia para llevar a nuestra Institución por buen camino y como dijera Luis Carrillo Azcárate al entregar "habría que engrandecerla".

Con el pensamiento fijo en el engrandecimiento de la Academia nos dedicamos a trabajar tesoneramente, con objeto de buscar y obtener toda la colaboración de los compañeros para que las sesiones fueran más concurridas, para que los trabajos científicos no faltaran y de ser posible fueran en mayor número para tener material suficiente para la edición de la Revista *Cirugía y Cirujanos*.

Todo esto lo obtuvimos con creces y fué grande nuestra satisfacción al observar las sesiones reglamentarias se verificaron con puntualidad extraordinaria y con un promedio de asistencia de diez y ocho señores académicos, cosa verdaderamente halagadora.

Los trabajos presentados versaron sobre temas novedosos e interesantes, ilustrados la mayor parte con proyecciones o películas y fueron comentados extensamente por los Señores Académicos.

Nos tocó en suerte presidir la Academia al cumplir ésta su XX año de haber sido fundada.

Decidimos conmemorar este aniversario lo más solemnemente po-

---

\* Con motivo de la toma de posesión del Nuevo Gobierno Académico.

## INFORMACIÓN

sible, trabajando y obteniendo de nuestros compañeros Académicos un conjunto de comunicaciones inéditas que en número de treinta fueron presentadas en las Sesiones Conmemorativas Extraordinarias que tuvieron lugar en Junio de 1953.

Estos trabajos forman un volumen cuya edición está a punto de terminarse y que creemos fundadamente poder distribuir durante este mes entre todos los Miembros de nuestra Academia, tanto Nacionales como Extranjeros.

Deseo agradecer en este momento a mi excelente amigo y compañero Luis Carrillo Azcárate, el entusiasmo y la gran colaboración que me prestó, para obtener de un grupo de Laboratorios amigos, la ayuda económica necesaria para la edición del mencionado volumen y para solventar los gastos que ocasionaron los actos sociales de la celebración del XX Aniversario.

Durante el bienio pasado tuvimos la visita de varios distinguidos cirujanos extranjeros, la mayor parte de los cuales son Miembros Correspondientes de nuestra Academia; ellos fueron los doctores Rene Leriche, Presidente de la Academia de Cirugía de París; Benedito Montenegro, Gastroenterólogo de Sao Paulo Brasil; Pierre Mallet Guy, Cirujano de Vías Biliares de Lyon; Lorenz Böehler, Ortopedista de Viena; Jacques Mialaret, Gasetroenterólogo de París; Pablo Lavezzo, Radiólogo de Argentina; Bernard Fey, Urólogo de París; Bentley P. Colcock, Cirujano de Boston; Alfred Weiss, Cirujano de Tórax de Estrasburgo; y Raúl Palmer, Ginecólogo de París. Todos ellos disertaron sobre temas interesantes de su especialidad.

Tuvimos la satisfacción de recibir varios trabajos de nuestros Correspondientes Extranjeros que fueron leídos en las sesiones reglamentarias y que contribuyeron para el volumen conmemorativo del XX Aniversario.

Se verificaron sesiones de acercamiento con los médicos de Pachuca, Torreón, Monterrey, San Luis Potosí, León y Chihuahua para las que obtuvimos siempre la colaboración más eficaz de nuestros Académicos Correspondientes Nacionales.

Las Sesiones solemnes de apertura de labores, de aniversario y de clausura se verificaron con todo éxito y en ellas ingresaron como Académicos de Número los señores doctores Miguel Arroyo Güijosa en

## INFORMACIÓN

Otorrinolaringología; Francisco Fernández del Castillo, en Historia de la Cirugía; Jacinto Arturo Sánchez, en Cirugía General y Abel Morales Orive en Anestesiología; como Correspondientes Nacionales Delfino Gallo de Guadalajara, Antonio Barranco Tenorio de Puebla, José M. Mayans de Villahermosa, y Arturo Rico de Chihuahua y como Correspondientes Extranjeros los Señores doctores Alfonso Asenjo de Santiago de Chile; Mallet Guy de Lyon, Francia; Orlando F. Longo, de Córdoba Argentina; Stefano Teneff, de Turín Italia; Alfred Weiss de Strasburgo, Francia; Francisco Gentil de Lisboa, Portugal; Lorez Böehler de Viena, Austria; Alfredo Sardiñas de la Habana, Cuba; Philip Thorek de Chicago U.S.A.; y Francisco Delitala, de Bolonia Italia, que seguramente contribuirán con sus conocimientos a fortalecer y a engrandecer a nuestra Institución.

Durante estos dos años pasados tuvimos la pena de perder a destacados miembros de nuestra Academia, los señores doctores Manuel J. Castillejos, Ex-Presidente de la misma; José Torres Torija Ex-secretario Perpetuo y Julián González Méndez, Miembro Fundador, quienes en vida, fueron eminentes maestros y muy dignos exponentes de la Cirugía Mexicana.

En noviembre pasado, el Gobierno de la Academia, nombró a una Comisión que se avocó al estudio de los Estatutos y propuso modificaciones a los mismos. Estas fueron discutidas y votadas en Asamblea General Extraordinaria, habiendo quedado suprimidos los cargos permanentes dentro del Gobierno Académico y establecido el principio de "no reelección" para la Presidencia de la Academia, con objeto de dar mayor oportunidad a los Académicos para ocupar los puestos directivos.

Todo este trabajo antes enumerado, fué posible, gracias a la extraordinaria colaboración que nos fué otorgada por los Miembros del Gobierno Académico, doctores, Raúl Peña Treviño, Vice-Presidente; Guillermo Alamilla, Secretario; Enrique Flores Espinosa, Tesorero; Juan Mora y Ortiz, Secretario Perpetuo; Ricardo Tapia Acuña, Feliciano Palomino Dena, Martín Maquívar y José Antonio Guevara, Vocales, que con su entusiasmo, dieron realce a las labores Académicas. Es para mí muy satisfactorio, haber tenido tan extraordinarios colaboradores y deseo expresarles en éste momento en que toca a su fin nuestro mandato, el agradecimiento más sincero en mi nombre y en el de la Academia.

## INFORMACIÓN

Cumpliendo con lo que ordenan nuestros estatutos en la penúltima Sesión del mes de noviembre próximo pasado se convocó a elecciones de Cuerpo Directivo para el bienio 1954-1956 y en Asamblea General con asistencia de más de la mitad de los Miembros, fueron electos para regir los destinos de la Academia Mexicana de Cirugía, los señores Académicos Joaquín Correa, Presidente; Miguel Lavalle, Vice-presidente; Enrique Peña y de la Peña, Secretario; José García Noriega, Tesorero; Bernardo J. Gastelum, Adán Velarde y Oaxaca, José Antonio Zapata, Dionisio Pérez Cosío y Xavier Romo Díez, Vocales.

Todos ellos reconocidos por sus méritos personales y su acendrado cariño a nuestra Institución, constituyen una garantía para la buena marcha de la Academia, a la que con seguridad llevarán por el camino de la prosperidad y el éxito contribuyendo en ésta forma al progreso de la Cirugía Nacional.

Antes de terminar, deseo expresar en ésta alta tribuna, que en mi concepto la Cirugía, es la rama más extraordinaria de las Ciencias Médicas, porque convierte al que la ejerce con fé y honestidad en un ser privilegiado aún dentro de los que ejercen la medicina y éste privilegio consiste en que aún teniendo que recorrer una senda dolorosa de inquietud, el cirujano tiene que ser el más humano y el más sincero de los médicos; es el que tiene la posibilidad por mano propia de efectuar el milagro de restaurar una función, de extirpar un cáncer y de manejar órganos antes intocables y con ésto salvar muchas vidas a punto de apagarse.

Claro está que el cirujano a cambio de gozar este privilegio tiene que pagar muchas veces con inquietudes y sufrimientos éste poder extraordinario que le otorga la Cirugía, pero también ningún otro individuo podrá tener la extraordinaria satisfacción de ver el resultado maravilloso de una buena intervención quirúrgica. ¡Cuánta satisfacción tiene el cirujano con un solo éxito!, nada hay comparable a esto y en ello es donde radica la fuerza que lo sostiene, la energía que lo anima y la voluntad que lo agigante.

En éste instante de emoción y sinceridad, he de confesar ante ustedes que estoy plenamente satisfecho de ser cirujano, que anhele que mi vocación aumente cada día aun cuando sea mayor mi sufrimiento, porque mi gran deseo es poder y saber más en beneficio de los enfermos; que me siento halagado de ser Académico de Cirugía y sobre todo

#### INFORMACIÓN

que el destino me haya deparado la enorme satisfacción de llegar a la meta de presidirla y seguirme considerando, como el primer día de mi actuación quirúrgica, siempre pequeño ante la gran misión por cumplir.

En éste momento en que termina el mandato que nos fué encomendado, puedo asegurar a ustedes, que si fué inmensa la satisfacción de hace dos años al recibir la Presidente de ésta docta Academia Mexicana de Cirugía, es más grande mi emoción y mayor mi satisfacción al entregarla, puesto que siento que la misión fué cumplida con éxito, con sinceridad y con entusiasmo.

México, D. F., a 2 de febrero de 1954.



**DISCURSO DEL PROF. DR. JOAQUIN CORREA CEDILLO, PRESIDENTE DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, EN LA SESION SOLEMNE DE DOS DE FEBRERO DE 1954.**

Sr. Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Sr. Director de la Facultad Nacional de Medicina.

Excelentísimos señores Agregados Culturales de Cuba, Estados Unidos de Norte América, Francia e Italia.

Señores Representantes de las Academias y Sociedades Científicas.

Señores Académicos.

Señoras y Señores:

Al ocupar esta tribuna y la indulgente atención de ustedes en esta velada solemne, mi primer acto debe ser el expresar a los señores Académicos, en nombre propio y de los distinguidos y selectos miembros que integran el nuevo Cuerpo Directivo, nuestro más ferviente reconocimiento, por el gran honor que nos habeis conferido al elegirnos para regir los destinos de esta Docta Academia en el bienio de 1954-56.

Gracias doy a la Diosa Fortuna, que me permite experimentar grande satisfacción, al proclamar un triunfo tan categórico como inmerecido, en esta feliz ocasión en la que se reúnen en torno nuestro como invitados de honor, los ilustres Directivos de nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional y la Facultad de Medicina, y distinguidos y genuinos representativos de la intelectualidad mexicana, todos connotados hombres de estudio, prestigios en las ciencias, las letras, las artes, la medicina y la cirugía, entre las de primera magnitud en el firmamento Universitario de México, que en unión de los excelentísimos Señores Embajadores y Agregados Culturales, contribuyen para que esta sesión extraordinaria, sea indudablemente un acto de peculiar significación cultural, por cuyo motivo la Academia Mexicana de Cirugía, agradece rendidamente su asistencia.

En la marcha del tiempo de la Academia, este momento marca una hora de singular importancia, como evidentemente lo és, el cam-

## INFORMACIÓN

bio de Presidente y Directivos de la Institución. Esta distinción, Señores Académicos, este privilegio que me habeis otorgado al elegirme Presidente de la H. Academia Mexicana de Cirugía, es sin duda alguna la preséa más valiosa con la que nunca imaginé ser distinguido y puedo afirmaros que tan inmerecida muestra de benévola simpatía, obliga mi gratitud plena de iguales sentimientos hacia ustedes. Permitidme que os expres la sincera admiración que tengo por vosotros que sois todos maestros de relevantes méritos, dilectos amigos y esforzados paladines de la ciencia y arte quirúrgicos, además de auténticos valores en el noble ejercicio de la profesión y la docencia, donde vuestra labor ha tenido siempre la virtud suprema de enseñar a las nuevas generaciones médicas, pero por sobre todo, vuestra abnegada devoción al servicio de la humanidad que sufre.

Hemos tenido la grata y feliz oportunidad de ver sucederse en cada bienio, con ritmo invariable, los diez Presidentes que han guiado los destinos de esta Academia durante los veintiun años que tiene de existir. Con gran satisfacción hemos palpado y aplaudido la labor, el entusiasmo y el talento que cada uno de ellos supo aportar en la obra común para dirigirla, prestigiarla y engrandecerla y nunca mejor ocasión y más elocuente acto de justicia podemos hacer, que rememorar la actuación de aquellos varones ilustres, factores importantes en el adelanto y perfeccionamiento de la cirugía en México. Ellos supieron orientar, contribuir, encausar y difundir los trabajos y los estudios que forman el acervo científico y la obra de esta Institución por más de dos décadas de actividad constante y sostenida. Su recuerdo y el espíritu de esos esclarecidos cirujanos predecesores míos en este sitio, flota en el ambiente y está en nuestros corazones como realidad palpitante, marcándonos con su trayectoria rectilínea el camino del deber, y cuantas veces quisiéramos escuchar el consejo docto de los que por designio de la naturaleza nos han abandonado. Ellos fueron los Maestros Dn. Gonzalo Castañeda y Dn. Manuel J. Castillejos; más por ventura nuestra, aun podemos escuchar las vivas y cálidas voces de Rivero Borrel, Villanueva, Castro Villagrana, Ayala González, Gómez Azcárate, Aguilar Alvarez, Carrillo Azcárate y Fonseca cuyos historiales limpios y su labor han sido ampliamente aquilatados por propios y extraños. Fonseca, último en la cronología de los Presidentes que ha tenido la Academia y que en ésta sesión ha sido tan gentil al hacerme

## INFORMACIÓN

entrega de esta Presidencia, se singularizó por su austeridad, apego a la ética y su celo inalterable de servicio en todos sus actos, que unidos a un gran dinamismo, constituyen las características que lo perfilan en la historia de la Academia. Seame permitido, Sr. Prof. Fonseca, expresaros que vuestro talento y hombría de bien corren parejas y así lo hemos apreciado todos. Tened la gran satisfacción que vuestra gestión fué fructífera y útil, por lo cual os expreso mi cálida felicitación.

Es al calor de estos pensamientos de orden espiritual y justipreciando la obra magna realizada por esos preclaros Presidentes, les rindo en este momento, justo tributo de admiración, siendo mi esperanza, mi deseo vehemente poder seguir su ejemplo.

Ahora bien, Señoras y Señores, quisiera en esta esplendente noche, poder volcar libremente todos los sentimientos elevados y todas las inquietudes que en mi corazón y mi cerebro se atropeyan. Quisiera dejarme subyugar plácidamente por la espontaneidad de mis emociones, más es preciso concretar dentro de la misma expresión de lo espontáneo y lo emotivo, la finalidad de mis pensamientos y mis ideales que pretenden marcar el camino de mi futura actuación desde el sitio augusto de la Presidencia de esta Corporación, representativa fiel de la labor más destacada de los cirujanos mexicanos.

Asumir el cargo de Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, aparte de constituir un acontecimiento cíclico en la vida de la misma, y la significación consagratoria que es para el designado, asume además, el imperativo vital e ineludible de un compromiso solemne de superación de todo cuanto hasta aquí ha sido realizado. En una Institución Científica como la nuestra, que la rige un Estatuto y definidas normas de trabajo y desenvolvimiento, será difícil orientar por novedosos derroteros, puesto que las características esencialmente Académicas ya las enfocan, sin embargo deseo exponer algunos de los propósitos que nos animan en el encausamiento de las nuevas actividades.

Tengo fé en el futuro de la Academia, amor a ella y decisión generosa para que florezca, sirviéndola en modo y manera que estos propósitos subsanen mis deficiencias en los otros órdenes de características personales. La tarea que nos espera en éste nuevo Año Académico, será árdua pero me conforta saber que cuento con la eficaz colaboración de los miembros del Cuerpo Directivo y con la franca y oportuna de los señores Académicos en el sentido más amplio y generoso. Pongo

## INFORMACIÓN

al servicio de la Institución, mi cerebro, mi corazón y mis actos coordinados. Mi labor de ayo humilde se sintetiza en pocas palabras, velar, luchar y consagrarme para que la Academia acreciente sus lauros y sea la verdadera tribuna de la Cirugía en México. Para ello, recibiremos con atención y merecido interés las investigaciones, los trabajos, las técnicas y las observaciones de los Académicos Nacionales y Extranjeros y las de los Cirujanos Mexicanos de otros centros, valorizando y comparando sus contribuciones, como ha sido nuestra norma.

Estaremos abiertos a todas las corrientes y todos los pensamientos, auspiciando las investigaciones de orden quirúrgico, haciendo su difusión, siempre que ellas se apeguen en todo a la ética y se sustenten en las bases científicas y Académicas.

Promoveremos todos los intercambios entre Cirujanos Nacionales y Extranjeros y seguiremos fomentando las Sesiones de Acercamiento con los Cirujanos de provincia y otros centros quirúrgicos.

Pensamos que el fomento del trabajo Académico en forma de Simposiums, Mesas Redondas y Sesiones Especiales, servirá mejor para actualizar, formular y aclarar conclusiones o revisiones sobre temas y problemas de interés general, especialmente en relación con las técnicas mexicanas para el fin de consolidar y acrecentar el acervo de la Escuela Mexicana de Cirugía.

Intensificaremos los esfuerzos para que la difusión de los estudios y memorias de esta Academia, sean más ampliamente conocidos a través de nuestra Revista "Cirugía y Cirujanos" y de libros y folletos, teniendo el propósito firme de ampliar su tiro. Para este fin se gestionarán subsidios o generosas aportaciones de Secretarías de Estado, Académicos o benefactores particulares.

Seremos inflexibles, por convicción y en acción, para mantener el decoro y el prestigio de la Academia alejándola de toda influencia extraña o de partido.

Pensamos que es necesario y oportuno emprender una cruzada de austeridad desde la tribuna de las Agrupaciones Científicas, a fin de evitar las transgresiones de los que apartándose del buen camino y la ética en sus investigaciones y difusión, toman a la Institución para el medro personal. Pongamos también un valladar al inmoderado y desordenado exceso de genialidad que se aleja del estudio útil sereno y científico. La erudición es ciertamente necesaria y elegante en ocasio-

## INFORMACIÓN

nes, pero hay algo que no puede nacer todos los días, es la Ciencia y el cariño y la austeridad por ella.

En la hora presente impregnada de la intranquilidad que vive el mundo por el afán inmoderado del poder en todas sus manifestaciones, y de la incompreensión, el odio y la destrucción entre nuestros semejantes, es consolador comprobar con elevación, que aun existen grupos de hombres al servicio de la Humanidad, y que con altura de miras anida en sus corazones el anhelo sublime capaz de mantenerlos unidos en torno de un ideal. Este ideal que da impulso a las inquietudes del espíritu, en el estudio, la investigación y la solución de todos los problemas de la vida y la enfermedad, lo llevan venturosamente los Cirujanos Mexicanos que aquí se congregan, para inquirir y ofrecer el bálsamo del consuelo al que sufre y la luz divina de la salud, con su arte magnífico, floración de plenitud y sabiduría.

Esta Academia Mexicana de Cirugía crisol de cultura y superación, tronco robusto que da flores en las primaveras y sazonados frutos en otoño, conjunto de valores reales en el campo de la Cirugía, vibra al unísono de los adelantos y avances del arte quirúrgico de otras latitudes, y enfatiza las palabras del genial Pasteur "La ciencia no tiene patria ni fronteras". Sin embargo, será necesario para el coronamiento de su destino, la fé, el amor y el trabajo permanente de cada uno de sus componentes apoyados en la ciencia. Por eso es preciso que aquellos que la poseen, la brinden generosamente y la difundan, encausando nuestros pasos en aquella castellana senda de que nos habla el místico poeta del Siglo de Oro, "entrad nuevamente por el camino de la Ciencia; solo éste coloca a los espíritus atormentados en el plano de la serenidad benéfica", pero además, debemos procurar no alejarnos de los principios morales y espirituales aun en detrimento de la ciencia misma, porque es preferible y tal vez urgente en estos tiempos de zozobra y sin ventura, que en el Mundo haya más hombres buenos, aunque menos sabios.

Y para terminar, señores Académicos, quiero que en esta noche magnífica nos elevemos a la altura de nuestra Ciencia y nuestro Arte Divino, que seamos dignos de él, para ser dignos de nuestro destino, y con entereza en un acto de fé esplendente, expresemos nuestro amor a esta bendita Cirugía, a la cual hemos consagrado toda nuestra vida.

## COMENTARIOS Y SINTESIS DE LITERATURA RECIENTE

### *Tumores Mixtos Heterólogos en el Cérvix.*

Los doctores Juan Carlos Ahumada y Leoncio A. Arrighi, de Buenos Aires, agregan una observación a las cuarenta y nueve que registra la literatura médica sobre tumores mixtos heterólogos originados en una matriz celular aberrante y multiforme, en su localización cervical, que constituyen una variedad poco frecuente.

Se trata de una mujer que había sido operada de una neoplasia del seno izquierdo. Después de un año, presenta flujo sanguinolento, fiebre, hemorragias, molestias rectales y dolores en el abdomen inferior propagados a la región inguinal del lado derecho. Se le extirpa un pequeño tumor pediculado del cérvix del tamaño de un limón, duro, en partes friable; estaba implantado en el canal cervical. El estudio anatomopatológico reveló un teratoblastoma adenocarcinomatoso con inclusiones de cartilago y tejido mixoide. No se encontró evidencia de metástasis de su operación anterior en el seno.

Atendiendo al examen del tumor extirpado del cérvix, se le instituye un tratamiento a base de rádiom intravaginal y corporal y roentgenoterapia profunda en el campo abdominal y perineal. A pesar de todo, la enferma fallece al año, con manifestaciones generalizadas de la neoplasia.

No se supo cuál fué la naturaleza del tumor extirpado de la mama, se presumió que haya sido un carcinoma, pero a pesar de ello, no se puede aceptar que el proceso cervical que apareció un año después del proceso mamario, fuera una metástasis, dada la diferente natura-

leza histológica y además, de que no es ésta, una localización observada en el curso de los tumores mamaros.

Estos tumores suelen presentarse como un pequeño pólipo sin caracteres especiales, en otras ocasiones, como un gran tumor poliposo y



#### INFORMACIÓN

con mayor frecuencia, como una formación arracimada que ocupa la parte superior de la vagina. La forma nodular es excepcional.

Se recomienda como tratamiento de elección en el momento oportuno, la colpohisterectomía total a lo Wertheim, con extirpación amplia de la vagina y parametrios, asociada al vaciamiento ganglionar pelviano y seguida de braquicurieterapia y roentgenoterapia profunda percutánea. L.S. de B.A.T. 103. No. 20, Nbre. 12-1953.

## *SOCIALES.*

### *DISTINCIONES A VARIOS SEÑORES ACADEMICOS*

El Sr. Dr. Joaquín Correa C. Presidente de nuestra Academia Mexicana de Cirugía, ha recibido la honrosa designación de Miembro Benemérito de Acción del C.O.F.I.A. en México, D. F.

Los Señores Doctores Luis Carrillo Azcárate y José Aguilar Alvarez, fueron nombrados recientemente, Miembros de la Legión de Honor Cubana.

El Sr. Dr. Luis Carrillo Azcárate, también fué nombrado Miembro Correspondiente de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.

Felicitamos a los anteriormente citados señores Académicos por estas distinciones de que han sido objeto.

## C I R C U L A R

Muy distinguido señor académico:

Por indicación del Sr. Director de la Revista "CIRUGIA Y CIRUJANOS", y con la finalidad de hacer más interesante la edición de cada número de dicha Revista, de manera muy atenta pedimos a usted, como a todos los demás señores académicos, se sirvan enviar un pequeño resumen de todas las lecturas médicas que hagan de los distintos artículos en la prensa nacional y extranjera, dentro de su especialidad. Estos resúmenes, se servirá usted enviarlos al Sr. Dr. BERNARDO J. GASTELUM, quien se encargará de publicarlos en "CIRUGIA Y CIRUJANOS", haciendo una redacción especial con los datos que ustedes le suministren de sus lecturas. Agradeciendo a usted, de antemano, la atención que le merezca esta súplica le reiteramos las seguridades de nuestra atenta consideración.

**COLAGOGO  
COLERETICO  
Y EVACUANTE**



**VERACOLATE**

**VERACOLATE**

**VERACOLATE**

**VERACOLATE**

estimula la secreción de bilis normal y la mantiene en solución.

produce un efecto evacuante en la vesícula y conductos limpiándolos de colesterol y pequeños cristales aglomerados.

favorece la eliminación de secreciones mucosas excesivas que obstruccionan los conductos biliares

debido a sus propiedades laxantes, evita el estreñimiento tan frecuente en la estasis biliar.



**VERACOLATE**

*William R. WARNER and Co. Inc.*



Reg. 17403 S.S.A. Prop. A-385/11 S.S.A.